



Evangelista Rocha

Coordenador da Prevenção Cardiovascular da Sociedade Portuguesa de Cardiologia
Instituto de Medicina Preventiva e Saúde Pública, Faculdade de Medicina da
Universidade de Lisboa
Hospital das Forças Armadas – Polo de Lisboa

Prevenção cardiovascular: um desafio individual e coletivo

Introdução

Os avanços científicos e tecnológicos no âmbito das doenças cardiovasculares (DCV) foram imensos nos últimos 50 anos. Desse conhecimento sobre explicações e soluções muito tem beneficiado a humanidade mas existe potencial para mais benefícios. Neste sentido, uma das metas da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável da ONU, cujo lema é «transformar o mundo», é reduzir por um terço a mortalidade prematura de DCV pela prevenção e tratamento.

O termo «prevenção», que significa «vir antes ou preceder», o número de níveis de prevenção e as fronteiras que os separam geram alguma discussão e dificuldade em estabelecer unanimidade mas não se pretende revisitar estes conceitos. Sendo discutível, o título *Prevenção Cardiovascular* é utilizado como englobante da promoção da saúde, prevenção e tratamento.

Para influenciar a distribuição das DCV são precisas ações multisectoriais e valorizar o potencial do cidadão ao longo do ciclo de vida, enquanto indivíduo e enquanto elemento de uma comunidade, nos seus diferentes papéis porque nos desafios de saúde «todos temos um papel a desempenhar»¹. O objetivo deste texto é refletir sobre alguns factos e números a propósito da promoção da saúde e prevenção das DCV com enfoque no papel da saúde pública (SP) e dos cuida-

dos primários de saúde (CPS). Esta ênfase, sem esquecer a contribuição de novas tecnologias, baseia-se na necessidade de usar a sabedoria mais efetivamente em mudanças dos estilos de vida e na perceção do aumento contínuo da carga económica do tratamento das DCV ser insustentável.

Dados e evidência

A esperança de vida tem vindo a aumentar no Mundo mas a maior proporção do ganho é devida a menos mortes cardiovasculares. Em comparação com diferentes grupos de doenças, traduziu-se no aumento de 2,62 anos, 45% dos 5,8 anos da esperança média de vida nas mulheres e de 2,24 anos, 49% dos 4,6 anos nos homens entre 1980 e 2002 na Alemanha². O contributo das DCV para o aumento da esperança de vida nos EUA entre 1970 e 2000 foi de 3,9 anos³.

A percentagem de óbitos pelas DCV no total das causas de morte em Portugal diminuiu de cerca de 45% em 1988 para 30,7% em 2014⁴⁻⁵. A destacar nos últimos anos o número de óbitos por DCV, nos homens, inferior ao total de óbitos por tumores (14 575 *versus* 15 934, em 2014)⁴. Não obstante, em 2014, o número de mortes prematuras (óbitos com <70 anos) e de anos potenciais de vida perdidos foram, respetivamente, 4482 e 50 236. Acresce que cerca de 1/3 dos óbitos por DCV nos homens ocor-

Quadro 1

Prevalência de Fatores de Risco Cardiovascular em Portugal

Fator de Risco	Prevalência (%)	Observações
Hipertensão arterial (≥18 anos)	42	2003, 2007, 2012, critérios <i>standard</i> , cuidados primários, prevalência ponderada (18-90 anos)
Hipertensão arterial (≥18 anos), Masc.	45	
Hipertensão arterial (≥18 anos), Fem.	40	
Tabagismo (≥15 anos)	18,6	2006 fumadores diários
Tabagismo (≥15 anos), Masc.	27,6	
Tabagismo (≥15 anos), Fem.	10,6	
Hipercolesterolemia (≥18 anos)	63,7	2007 ≥200mg/dl ou em tratamento, prevalência ponderada (18-90 anos)
Hipercolesterolemia (≥18 anos), Masc.	63,4	
Hipercolesterolemia (≥18 anos), Fem.	63,9	
Obesidade (≥15 anos)	15,4	2006, peso e altura autoreportados
Obesidade (≥20 anos)	24,0	2008 estimativas OMS
Obesidade (≥15 anos), Masc.	21,6	
Obesidade (≥15 anos), Fem.	26,3	
Excesso de peso (≥20 anos)	59,1	
Excesso de peso (≥20 anos), Masc.	61,8	
Excesso de peso (≥20 anos), Fem.	56,6	
Diabetes (20-79 anos)	9,6	2006 autoreporte, estimativa da prevalência, padronizada (População Padrão Mundial)
Diabetes (20-79 anos)	13,0	2013 estimativa a partir da prevalência ponderada (2009)
Diabetes (20-79 anos), Masc.	15,6	
Diabetes (20-79 anos), Fem.	10,7	
Inatividade Física (≥15 anos)	53,9	2008 estimativas OMS
Inatividade Física (≥15 anos), Masc.	50,0	
Inatividade Física (≥15 anos), Fem.	57,5	
Consumos		
Gordura saturada (% calorías)	10,8	FAOSTAT 2007
Frutas e vegetais (gramas <i>per capita</i>)	877	FAOSTAT 2009
Sal (gramas por dia)	12,3	2010, estimativa OMS
Sal (gramas por dia)	10,7	2011, inquérito nacional
Álcool (consumo anual, ≥15 anos) (litros <i>per capita</i>)	10,8	2010 (10º lugar em 34 países da OCDE, listados por valores decrescentes)

Fontes: Estudo PAP 2003; Estudo VALSIM 2007; Estudo PHYSA 2012; Inquérito Nacional de Saúde (INS) 2005/2006; Estudo PREVDIAB 2009; Estudo DYSIS Portugal; FAOSTAT 2013; Infarmed Portugal - Estatística do Medicamento 2013; *WHO Noncommunicable Diseases Country Profiles 2014*; *WHO-European Region-Portugal 2013 (Nutrition, Physical Activity and Obesity)*; www.oecd.org/Portugal 2014; *OECD Health at a Glance: Europe 2014*; [www.dgs.pt/Priority Health Programs/ Health Statistics](http://www.dgs.pt/Priority%20Health%20Programs/Health%20Statistics); www.who.int/countries (WHO 2014); <http://data.euro.who.int/hfad/>

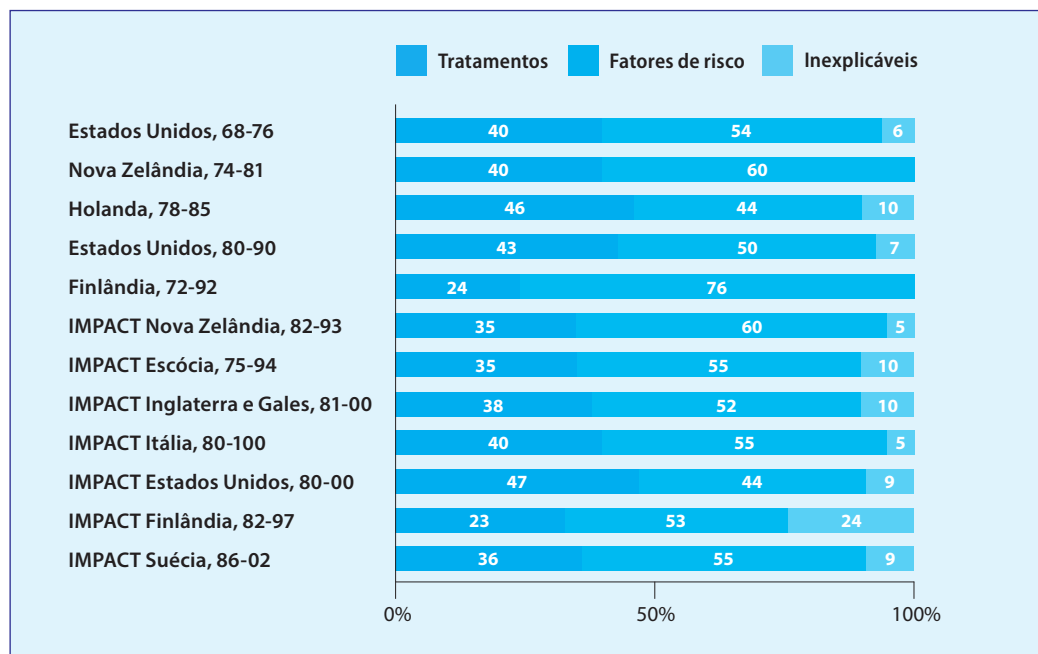


Figura 1

Percentagens das reduções da mortalidade global por doença coronária atribuídas aos tratamentos e a alterações nos fatores de risco em diferentes estudos populacionais (adaptado de Di Chiara et al.¹⁰).

reu antes dos 75 anos, numa idade ao óbito inferior à esperança média de vida de 77,4 anos, enquanto a proporção equivalente nas mulheres foi de 12,5% mas neste caso muito inferior à esperança média de vida de 83,2 anos. Assim, a prevenção das DCV é uma prioridade de saúde pública. Apesar disso, se a tendência definida nas últimas décadas se mantiver, é possível atingir o objetivo da Carta Europeia para a Saúde do Coração:

Toda a criança nascida no novo milénio tem o direito de viver pelo menos até aos 65 anos sem sofrer de uma doença cardiovascular evitável.

A elevada prevalência da hipertensão arterial, diabetes, obesidade e hipercolesterolemia, os consumos em excesso de sal, álcool e gordura, a prevalência do tabagismo e da inatividade física em Portugal⁶ apresenta-se no Quadro 1. O Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (2013-2016)⁷,

numa amostra com idade entre 25-74 anos, confirmou a elevada prevalência de hipertensão arterial - 36,0%, obesidade - 28,7%, obesidade infantil (2-12 anos) - 16,8%, diabetes - 9,8% e aumento do colesterol - 63,3%. O sedentarismo nos tempos livres afetava 44,8%. Consumiam tabaco 28,3% dos homens e 16,4% das mulheres. O fumo ambiental afetava 12,8%. O consumo arriscado de álcool (*binge drinking*) foi referido por 33,8% dos homens e 5,3% das mulheres⁷. Neste contexto, são necessárias intervenções de diversos agentes, principalmente de SP e dos CPS, e a participação dos cidadãos.

Os progressos na farmacoterapia e dispositivos médicos, bem-vindos, não devem ser analisados em termos de vantagens e desvantagens com a prevenção ou abordagens não invasivas. Se «é melhor prevenir do que remediar», a verdade é que para

certas situações clínicas a abordagem adequada é invasiva. O sucesso é espetacular, fascinante, percebido de imediato, ao invés das mudanças dos estilos de vida e de outras atitudes na gestão do risco individual e coletivo. Todavia, está confirmado o grande potencial epidemiológico de amplas intervenções não-farmacológicas na redução de mortes por doença isquémica cardíaca⁸, a DCV a que se deve a maior proporção do aumento da esperança de vida³. A evidência foi obtida em análises de modelação baseadas no *IMPACT model*⁹. Apesar destas análises deverem ser interpretadas com precaução por limitações diversas, os resultados sugerem que mais de 50% da redução de mortes por doença isquémica do

(DNT) e do recurso aos cuidados de saúde – *WHO Europe Health 2020*¹³. As intervenções mais custo-efetivas no controlo do tabaco incluem o aumento do imposto (a ação isolada mais custo-efetiva), a criação de ambientes sem fumo, a proibição da publicidade e a promoção de campanhas dos media. No consumo do álcool foram a restrição no acesso à sua venda, proibição de publicidade e o aumento de impostos. Na promoção da alimentação saudável, as ações ao nível da população são mais custo-efetivas do que ao nível do serviço de saúde. Incluem também medidas fiscais (impostos e subsídios) e a regulamentação da publicidade de alimentos para crianças. No domínio da atividade física, as cam-

Mais de 50% da redução de mortes por doença isquémica do coração podem ser atribuídas a alterações nos fatores de risco *major* na população, em particular o tabaco, colesterol e pressão arterial

coração podem ser atribuídas a alterações nos fatores de risco *major* na população, em particular o tabaco, colesterol e pressão arterial, enquanto 25-50% da diminuição da mortalidade é explicada por tratamentos de cardiologia modernos em doentes com doença coronária¹⁰ (Figura 1).

Segundo o risco atribuível populacional, dependente da prevalência dos fatores de risco e do risco relativo associado a cada um deles, nove e dez fatores de risco modificáveis explicam, respetivamente, 90% do risco de enfarte do miocárdio¹¹ e do acidente vascular cerebral¹². Já se sabe o que é necessário fazer para prevenir as principais DCV aterotrombóticas e as prioridades.

A investigação na economia da promoção da saúde e prevenção da doença foi realizada para ajudar os decisores políticos a investirem em SP antes da manifestação das doenças não transmissíveis

panhas na comunicação social são muito custo-efetivas mas os resultados em saúde podem ser menores do que os obtidos pelas intervenções mais específicas¹³.

Perspetiva

Existem planos e programas, nacionais e internacionais, com definição de metas e ações integradas para reduzir a carga das DCV e de outras DNT¹⁴ mas aplicar o conhecimento científico na prática, em algumas áreas, é um desafio para a sociedade.

Na prevenção cardiovascular, em que os determinantes primários da doença são principalmente económicos e sociais, o Estado tem um papel acrescido. Porém a sua responsabilidade tem de ser partilhada com a sociedade civil, atores públicos e privados, ou seja, com os cidadãos, de forma organizada e individual, tanto na definição e implementação de estratégias de promo-

ção da saúde e prevenção da doença como no dever de procurar um percurso de vida saudável, contributos importantes para uma sociedade mais saudável e para mino- rar as despesas de saúde (cidadania em saúde).

A revolução genómica relaciona-se com a medicina personalizada e a investigação

comparativa de eficácia e neste âmbito exis- tem fundamentadas esperanças. No entanto, no futuro imediato, pelos dados disponíveis, justifica-se mais a investigação epidemioló- gica em estratégias preventivas do que na investigação etiológica.

Referências

1. Um futuro para a Saúde: todos temos um papel a desempenhar. Crisp N, Monteiro C, Pinheiro MJ (eds). Lisboa: Calouste Gulbenkian; 2014. p:1-221
2. Weiland SK, Rapp K, Keil U. Zunahme der Leben- serwartung. Dtsch Arztebl. 2006; 103: A 1072-7
3. Lenfant C. Clinical Research to Clinical Practice - Lost in Translation? N Engl J Med. 348; 868-74
4. Instituto Nacional de Estatística. Causas de morte 2014. INE,I.P. Lisboa. Portugal, Edição 2016
5. Ferreira RC. Programa Nacional para as Doen- ças Cérebro-Cardiovasculares Documentação de Referência.Portugal Doenças Cérebro-Cardio- vasculares em números – 2014. www.dgs.pt
6. Rocha E, Ferreira R, Abreu A, et al. Relatório Pre- venção em Destaque – Portugal. Revista Factores de Risco. 2015; 36: 8-21
7. O Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (2013-2016). INSA. Lisboa, 2016. http://www.insef.pt/Portugues/Documents/INSEF_Suma- rioRelatorio.pdf
8. Björck L, Rosengren A, Bennett K, et al. Modelling the decreasing coronary heart disease mortality in Sweden between 1986 and 2002. Eur Heart J. 2009;30:1046-1056
9. Unal B, Critchley JA, Capewell S. IMPACT, a vali- dated, comprehensive coronary heart disease model. University of Liverpool, UK. <http://www.liv.ac.uk/PublicHealth/sc/bua/impact.html>
10. Di Chiara A, Vanuzzo D. Does surveillance impact on cardiovascular prevention? Eur Heart J. 2009; 30:1027-9
11. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, et al. INTER- HEART Study Investigators. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myo- cardial infarction in 52 countries (the INTER- HEART study): case-control study. Lancet. 2004; 364: 937-952
12. O'Donnell MJ, Chin SL, Rangarajan S, et al. INTERSTROKE investigators. Global and regio- nal effects of potentially modifiable risk fac- tors associated with acute stroke in 32 countries (INTERSTROKE): a case-control study. Lancet. 2016; 20;388:761-75
13. Health promotion and disease prevention: the economic case. Health 2020. WHO Regional Office for Europe. <http://www.euro.who.int/health2020>
14. WHO. 2013-2010 Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. http://www.who.int/nmh/events/ncd_ action_plan/en/